10/10/2024

ITEM 37 : INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

- En 2019 : **200-250 000 IVG/an** en France (198000 en métropole), dont 6% sur des mineures : **40% des femmes (2/5)** auront une IVG dans leur vie, incidence stable depuis 2006 mais légèrement augmenté en 2019, plus haut niveau depuis 30 ans.
- 15,6 IVG pour 1000 femmes de 15-49 ans. **Les plus concernées : 20-29 ans** (27,9 IVG/1000 femmes). Chez les moins de 20 ans : nombre d'IVG en décroissance, pas d'augmentation d'IVG chez les mineures.
- Disparités régionales : IDF, sud de la France et DROM : taux plus importants
- En 2018 : plus de la moitié des IVG <9SA, 5,3% réalisées entre 12 et 14SA. Si grossesse non-désirée = 60% de choix d'IVG
- ¼ des IVG (558000) sont réalisées hors d'une structure hospitalière, augmentation IVG médicamenteuse (69% en 2018)
- **Risque de décès** suite à une IVG semblable à celui d'une fausse couche spontanée (0,7/100 000)
- En moyenne **7 jours** (3-11j selon les régions) entre la 1°demande et la réalisation de l'IVG
- **Causes d'IVG** : absence/mauvaise contraception, d'éducation sur le mode de prise, changement récent de contraception
  ➝ 2/3 des femmes ayant recours à une IVG avaient une contraception
- **FDR d'IVG itératives** : femme jeune, célibataire, difficultés socio-économiques (accès contraception, défaut d'information), contraception inadaptée

- Législation :
. Avant 1975 : acte illégal passible de prison, avortements clandestins causant la mort de 250 femmes/an.
. 1972 : procès de Bobigny (avortement consécutif à un viol) remporté par l'avocate Gisèle Halimi
. **Loi Weil** (**1975**) et **Pelletier** (1979) : dépénalisation de l'IVG jusqu'à 12 SA (Art L.2212-1 du Code de la SP), 1ers centres d'IVG
. **Loi Roudy** (1982) : remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale
. **Loi Aubry** (2001) : délai à 14 SA, entretien social facultatif pour les femmes majeures, IVG possible sans accord parental chez les mineures, IVG médicamenteuse possible hors établissement de santé
. **Mars 2022** : IVG autorisée jusqu'à 16SA
➝ Plus l'IVG est réalisée à un terme tardif, plus le risque de complication est élevé

Réglementation

- Délai légal en France : **16 SA** (12 semaines de grossesses). IVG médicamenteuse possible jusqu'à **9SA**
- IVG hors établissements de santé jusqu'à **9 SA** (depuis 2020)
- **Patiente mineure non émancipée** : accompagnée d'au moins un parent ou de la personne majeure de son choix
- **Clause de conscience** : un médecin peut refuser de pratiquer une IVG (ou une sage-femme, infirmière ou auxilliaire)
- L'IVG doit être réalisée par un médecin en établissement hospitalier désigné par arrêté préfectoral, ou par un médecin libéral ou un sage-femme agréé ayant signé une convention avec un centre d'IVG pour les IVG médicamenteuses
- Frais liés à l'IVG **remboursés à 100%** par la CPAM, **avec tiers-payant**. Aucun dépassement d'honoraire possible.
- **Exception au parcours de soins coordonné** (pas d'obligation de consultation du médecin traitant). Libre accès à un gynéco/une sage femme/ à un médecin G <9SA, possible au centre de planification familiale / en établissemt de santé
- **Patientes étrangères** : ne nécessite plus de justificatif de résidence > 3 mois ou de régularité de séjour
- **Déclaration anonyme obligatoire à l'ARS de toute IVG** (suivi épidémiologique et évaluation des pratiques)
- **Droit à l'anonymat :**
  . En cas d'hospitalisation, droit à l'anonymat sur les reléves de Sécu (quelque soit l'âge), pas d'avance de frais
  . En ville : confidentialité préservée (aménagement des feuilles de soins/décomptes de remboursement

Structure d'accueil

- Structure disposant d'un **plateau technique chirurgical** si IVG réalisée **> 12 SA**
- Les établissements publics qui disposent de lits ou de places en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie ne peuvent refuser de pratiquer des IVG
- Délais rapides : RDV de consultation dans les **5 jours** suivant l'appel (IVG en HDJ ++)

Procédure légale

1ère consultation médicale

- **Confirmation de la grossesse (hCG)** et de **l'âge gestationnel** par **DDR ± écho** (non indispensable)
- IVG possible selon echo si LCC < 90 mm et/ou BIP < 30 mm
- Vérification du **groupe sanguin**-**Rhésus** ou détermination sur prélèvement sanguin + **RAI**
- Information et choix entre les 2 méthodes d'IVG selon le choix de la patiente
- Information et discussion sur la contraception ultérieure et les IST (± dépistage)
- Remise d'un **dossier guide d'information écrit** (information sur les 2 méthodes d'IVG)
- Remise d'un **certificat initial de demande d'IVG** (même si refus du médecin de réaliser l'IVG)
- ➝ **Le délai de réflexion de 1 semaine n'est plus obligatoire** (2015), mais **nécessité de 2 consultations.** 1°consultation possible chez un praticien non-conventionné avec un centre d'IVG

Entretien social

= Entretien d'information, de soutien et d'écoute
- **Systématiquement proposé** mais **non obligatoire si patiente majeure** (avant et après l'IVG)
- **Obligatoire pour les mineures** : remise d'une **attestation de consultation**

2e consultation

- Confirmation par écrit de la demande d'IVG par un **formulaire de consentement**
- Information réitérée, DDG confirmée, programmation des suites de la PEC, contraception prescrite
- Si IVG médicamenteuse : prise orale de **mifépristone** en présence du médecin
- Si IVG chirurgicale : organisation d'une **consultation pré-anesthésique**

3e consultation = IVG

- **IVG chirurgicale** ou **médicamenteuse**
- **Prescription et début de contraception dès le lendemain de l'IVG**
- ➝ La pose d'un DIU est possible directement en fin d'aspiration en cas d'IVG chirurgicale
- Si patiente Rh- : prévention de l'allo-immunisation par **Rophylac®** < 72h (idéal au moment de l'IVG)

10/10/2024

10/10/2024

<table>
<tr><td rowspan="2">Procédure légale</td><td>4e consultation</td><td>= A 2 à 3 semaines : conseillée++ quelle que soit la méthode, obigatoire si IVG chirurgicale
- Vérification de la vacuité utérine, de l’arrêt du saignement et de l’absence d’infection
- Vérification de la contraception, proposition d’entretien psychsocial, dépistage de violences</td></tr>
<tr><td>Documents légaux</td><td>- Pour toute IVG :
. Certificat de consultation initiale ± attestation d’entretien sociale si mineure
. Demande d’IVG nominale et signée par la patiente
. Autorisation parentale ou légale pour les mineures
- IVG médicamenteuse ambulatoire : fiche de liaison avec l’établissement de santé référent
➝ Documents conservés 1 an par le médecin ou l’établissement de santé qui réalise l’IVG</td></tr>
<tr><td colspan="4">IVG MEDICAMENTEUSE</td></tr>
<tr><td colspan="4">➝ Efficace jusqu’à 14 SA, mais autorisé légalement uniquement pour une grossesse ≤9 SA
- Avantage : non invasive, sans anesthésie, efficacité > 95%, possible en ambulatoire à domicile jusqu’à 9 SA (HAS 2020)
- La méthode médicamenteuse est CI en cas de :
. Troubles de la coagulation, prise d’un traitement anticoagulant
. Anémie profonde (Hb < 9-10 g/dl)
. DIU en place si impossiblité de le retirer
. Patiente isolée, incompréhension, voyage après procédure dans une zone sanitaire risquée, visite de contrôle impossible
- Devant une GLI, ne pas retarder la prise en charge si :
. HcG < 1500 UI
. Absence de FdR de GEU
. Absence de symptomes de GEU
. Femme informée des signes de GEU, du risque de non diagnostic de GEU
. Surveillance possible avant et après la procédure par hCG (une baisse de moitié à J5 et de 80% à J7 signe le succès de la manœuvre)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Médicaments</td><td>Mifépristone
Mifegyne®
Miffee®</td><td>= Anti-progestérone (affinité pour les récépteurs de progestérone 5 fois plus forte que la progestérone) : nécrose déciduale entraînant un détachement de l’œuf, contractions utérines et modifications cervicales
- CI : asthme sévère déséquilibré, insuffisance surrénale chronique, porphyrie héréditaire, hypersensibilité à la substance active, corticothérapie au long cours
. A utiliser avec prudence si : insuffisance hépatique, malnutrition, insuffisance rénale
. Inefficace en cas de GEU (pas de récépteurs à la progestérone)</td></tr>
<tr><td>Misoprostol
Gymiso®
Misoone®</td><td>= Analogue de prostaglandine (PGE1) : stimule la contractilité utérine et l’expulsion de l’œuf
- CI : allergie au misoprostol, aux PG, asthme/bronchite spasmodique, ATCD CV (angor, troubles du rythme, Raynaud, insuffisance cardiaque, HTA grave déséquilbrée)
➝ L’absence de saignement après la prise de prostaglandine doit faire craindre un échec</td></tr>
<tr><td>Géméprost</td><td>= Cervagème® : analogue de prostaglandine en ovule par voie vaginale</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Réalisation</td><td>Avant 7 SA
CNGOF 2016</td><td>- J1 = Mifépristone = 200 / 600 mg per os en 1 prise
- 24-48h après = Misoprostol = 400 µg per os</td></tr>
<tr><td>Entre 7 et 9 SA
CNGOF 2016</td><td>- J1 = Mifépristone = 200 mg per os en 1 prise
- 24-48h après = Misoprostol = 800 µg</td></tr>
<tr><td colspan="2">- Expulsion (+métrorragies) le +souvent dans les 3-4h après la prise de misoprostol, efficacité si expulsion complète
- Prescription associée d’un antalgique et d’un anti-émétique : Ibuprofène (max 1.2g/24h) ± paracetamol
- Saignement : présent généralement pendant 10J mais peut aller jusqu’aux règles suivantes.
- Consultation de contrôle à 2-3 semaines : s’assurer de l’expulsion complète de la grossesse
- Suivi par : hCG (diminution > 80% à J15), échographie ou test urinaire.
- En cas d’échec : IVG chirurgicale possible ou 800 µg de misoprostol par voie vaginale ± renouvelé à 24-48h</td></tr>
<tr><td colspan="2">Complications</td><td>- Douleurs : Ibuprofène 1°intention (400-600/prise, max 1,2g/j), sinon paracétamol+codéine
- Hémorragie importante (1%, transfusion 0,1%), risque +important que pour l’IVG chirurgicale
- Endométrite (rare 0.3%) (antibioprophylaxie pas recommandée pour IVG médicamenteuse)
- Persistance d’une grossesse évolutive (~ 1%), avec risque tératogène des 2 médicaments
Possible échec partiel (avortement incomplet) : aspiration instrumentale / misoprostol per os
- Malformation artérioveineuse utérine (MAVU) : par persistance de tissu ovulaire : embolisation
➝ Aucune augmentation du risque de troubles psychiatriques démontrée</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5">IVG CHIRURGICALE</td><td colspan="2">➝ Possible quelque soit le terme – seule technique utilisable de 9 à 16 SA selon HAS : 1-5 échecs complets / 1000 IVG
- Réalisée sous AL/ALR ou sous AG : choix selon la patiente
- Pas de contre-indication absolue
- Dépistage Chlamydia/gonocoque par PCR +/- Antibioprophylaxie systématique par
. Age > 25 ans : Métronidazole
. Age < 25 ans ou à risque d’IST/PCR+ : doxycycline ou azithromycine si intolérance /Ceftri DU si gonocoque
➝ L’IVG chirurgicale n’est pas associée à une augmentation du risque d’infertilité ultérieure et de GEU</td></tr>
<tr><td>Réalisation</td><td>- Consultation pré-anesthésique avant le geste
- AINS per-opératoire : 600mg d’ibuprofène
- Préparation cervicale médicamenteuse : Miféprostone (200mg) per os 48h avant le geste
Ou misoprostol (400µg) per os 3-4h avant le geste
- Dilatation à l’aide de bougies de calibre croissant, adaptée à l’âge gestationnel
- Aspiration endo-utérine ± curetage doux ± pince à préhension ± perfusion d’ocytocique
- Examen macroscopique du produit d’aspiration ± anatomo-pathologique si anomalie suspectée
- Contrôle échographique per-opératoire si l’aspiration paraît incomplète (non recommandé de manière systématique)</td></tr>
<tr><td>Complication immédiate</td><td>- Accident lié à l’anesthésie locale ou générale
- Perforation utérine (1-4 pour 1000) : risque de perforation intestinale (imposant une coelioscopie), d’infection pelvienne, de péritonite ou d’hémopéritoine
- Hématométrie : accumulation intra-utérine de sang
- Malaise vagal (lors de la dilatation cervicale)
- Déchirure du col (0,2-1%, bénigne)</td></tr>
<tr><td>Complication précoce</td><td>- Hémorragie (1%) (rétention intra-utérine partielle) pouvant nécessiter une transfusion (0,1%)
- Infection : endométrite (1%), salpingite, pelvipéritonite, septicémie : attention++ Strepto A !!
- Complication thrombo-embolique sur terrain à risque
- Rétention de débris trophoblastique : métrorragie abondante, utérus non involué, image hyperéchogène à l’échographie ➝ nécessite une aspiration + curetage secondaire ou exérèse sous contrôle hystéroscopique.</td></tr>
<tr><td>Complications tardives</td><td>Pas d’augmentation (quel que soit le mode d’IVG) du risque de :
. Infertilité ultérieure
. Fausse couche spontanée, sauf si intervalle entre l’IVG et la grossesse est <3 mois
. GEU
. Anomalies de placentation
. Accouchement prématuré
. Cancer du sein
. Augmentation des troubles psychiatriques
. Adénomyome
Complications secondaires (IVG chir ou médicale) : MAVU (malformations artérioveineuses utérines) => embolisation par radiologie interventionnelle
- Synéchies possibles après une IVG chirurgicale</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Contraception</td><td colspan="2">Selon l’efficacité, les EI/CI, les contraintes, le coût, les souhaits de la patiente, l’échec de la précédente contraception
A proposer à toute patiente, information++
Information sur la stérilisation tubaire définitive selon l’âge de la patiente
Si FDR d’IVG itératives : préférer une contraception à longue durée d’action (DIU, implant)</td></tr>
<tr><td>En cas d’IVG médicamenteuse</td><td>- Contraception orale, patch le jour de la prise du misoprostol
- Implant : dès la prise de miféprostone
- Anneau vaginal dans la semaine
- DIU dans les 10 jours suivants (consultation de contrôle), après échographie (vacuité utérine)</td></tr>
<tr><td>En cas d’IVG chirurgicale</td><td>- Contraception orale, patch ou implant le jour même
- Anneau vaginal dans les 5 jours
- DIU le jour même</td></tr>
</table>